Année 1972 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

SAINT-LOUIS - LARIBOISIERE

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Paul CUILLIER

NE LE 7 DECEMBRE 1947 A ROUEN (SEINE MARITIME)

Présentée et soutenue publiquement le 1972

UN ASPECT PARTICULIER DE L'EPILEPSIE : LE ROLE DE L'"ETIQUETTE" ET DU STATUT DANS LE VECU DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

PRESIDENT : MONSIEUR BARBIZET, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

SAINT-LOUIS - LARIBOISIERE

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Paul CUILLIER

NE LE 7 DECEMBRE 1947 A ROUEN (SEINE MARITIME)

Présentée et soutenue publiquement le 1972

UN ASPECT PARTICULIER DE L'EPILEPSIE : LE ROLE DE L'"ETIQUETTE" ET DU STATUT DANS LE VECU DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

PRESIDENT : MONSIEUR BARBIZET, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- A mes parents

En témoignage de toute mon
affection et de ma reconnaissance
envers eux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549225_0015

- A Annick

- A Séverine

- A tous les miens

- A Monsieur le Professeur BARBIZET
Médecin de l' Hôpital Henri Mondor de Créteil
Chef du service de neuropsychiatrie

qui a dirigé nos travaux et a bien voulu présider cette thèse.

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour son enseignement et ses conseils.

A mes maîtres de stages hospitaliers:

	Professeur SIGUIER	Hopital COCHIN
	Professeur LAURENCE	Hopital BRETONNEAU
	Professeur WORMS	Hopital LARIBOISIERE
Externat:	Professeur NATALI	Hopital LARIBOISIERE
	Professeur HOUDART	Hopital LARIBOISIERE
	Professeur J. BERNARD	Hopital SAINT-LOUIS
	Professeur C. LAUNAY	Hopital HEROLD
Internat (fonction)	Professeur CARON	Hopital HENRI MONDOR
	Professeur BARBIZET	Hopital HENRI MONDOR
	Docteur HAMONET	Hopital HENRI MONDOR

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
STATUT D' EPILEPTIQUE	3
I- HISTORIQUE	3
II- DONNEES ACTUELLES	5
A) Etablissement du diagnostic	5
B) Aspect psychiatrique	7
C) L'épilepsie abordée par son sujet	10
D) L'épilepsie abordée par la famille	12
E) L'épilepsie abordée par la société	14
F) Conclusion	19
OBSERVATIONS	20
COMMENTAIRES	34
CONCLUSIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	39

I N T R O D U C T I O N

L'étude que nous nous sommes proposé de faire concerne les individus présentant une comitialité, non pas à travers les troubles mentaux découlant de l'affection qu'ils présentent, et dont nous reparlerons, mais à travers le retentissement psycho-pathologique du " diagnostic" porté et annoncé au sujet , comme à son entourage.

Nous avons en effet remarqué que, de façon relativement fréquente, l' "étiquette" d'épileptique ainsi portée se trouvait entendue et utilisée par le sujet, son entourage familial, scolaire ou professionnel, enfin par son médecin, ou bien dans le déclenchement d'une psychopathologie le plus souvent d'ordre névrotique, ou encore dans l'entretien et le renforcement d'une relation pathologique pré-existante.

La présente étude intéressera donc, d'une part les sujets pour lesquels le diagnostic de comitialité s'est appuyé sur des arguments cliniques et électriques précis, d'autre part ceux qui, sans une précision aussi rigoureuse dans les démarches diagnostiques, portent quand même l' "étiquette" d'épileptique par le simple fait que ce diagnostic a été signifié à eux-mêmes et à leur entourage, et qu'ils reçoivent depuis ce jour un traitement anti-comitial.

Notre but n'est pas d'étudier la"personnalité épileptique", ce qui a été fait et fréquemment repris depuis le XIX° siècle, mais de tenter une approche de l'état épileptique à travers la pensée du personnage et de son milieu qui doivent organiser leur vie en fonction de cette donnée.

Notre prochain chapitre sera consacré à une mise au point sur le statut d'épileptique.

Nous exposerons ensuite quelques observations que nous avons choisies pour illustrer cette étude.

S T A T U T d' E P I L E P T I Q U E

1) HISTORIQUE.-

Nous emprunterons largement, dans cette partie, à AUDISIO et PICAT (1956).

" Non encore pourvu de signification démoniaque (encore qu'une crise survenant au cours d'un comice était considérée comme de mauvais augure par les anciens), le mal d' Hercule était traité comme une maladie par les Romains qui utilisaient une pharmacopée variée. CELSE rasait la tête de ses patients et leur enduisait le crâne d'eau de verveine et d'huile de rosat. Les Romains, malgré leur crainte des Dieux, plutôt que d'offrir des sacrifices, faisaient ingurgiter à ces malades de la moëlle de fémur, des cervelles d'enfants ou du sang de gladiateur récemment égorgé.

Il faudra attendre le Moyen-Age, avec sa hantise de la sorcellerie, pour enregistrer les premières réactions de rejet par la société, de malades qui n'en sont désormais plus, mais qui sont devenus des possédés. On prêtait ainsi une puissance occulte, fatale et funeste à tous ceux qui se singularisaient par des particularités physiques ou mentales inhabituelles. Pourtant, il était fondé, en 1486, à Rouffach, en Alsace, un des premiers hôpitaux réservés aux épileptiques. Il semble que cette fondation était plus un centre de rassemblement qu'un véritable lieu d'accueil. Plus tard, à Paris, les épileptiques sont regroupés dans la 6° section de Bicêtre.

FERRUS, en 1834, a exprimé l'urgence de l'institution d'un organisme spécial pour ce type de malades; ses appels furent repris par PARCHAPPE, LEGRAND, DU SAULLE et DELASIAUVE. Leurs appels ne furent guère entendus, pas plus que ceux de LASEGUE, ces médecins déplorant l'incompréhension des administrateurs en ce domaine.

Les conflits successifs de la première moitié du XX° siècle, par l'amalgamme considérable qu'ils provoquèrent, par l'énorme besoin de main d'oeuvre qu'ils entretenaient, contribuèrent au retour des épileptiques dans la communauté. Parallèlement aux progrès du traitement chimiothérapique des épilepsies, le traitement psychothérapique et réadaptif fut reconnu dans toute son importance, ainsi que l'impérieuse nécessité de l'organisation des soins et de l'assistance extra-hospitalière, gages de guérisons stables et de réinsertions satisfaisantes dans la communauté active " .

On remarque, au cours de ce passage, que le problème de l'épilepsie a toujours été abordé en termes de rejet ou de retour dans la société, comme si le sujet épileptique devait être le jouet de la pensée en cours le concernant, lui-même n'entrant pas dans la discussion.

II) DONNEES ACTUELLES.-

A) Etablissement du diagnostic:

Il ne s'agit pas ici de détailler les aspects cliniques et électro-encéphalographiques de l'épilepsie, mais de situer les circonstances qui amènent le sujet à porter cette "étiquette" .

On peut considérer que la maladie devient étiquette lorsque le terme de "chronicité" a été prononcé ou simplement signifié par le traitement anticomitial présenté comme un traitement au long-cours. A partir de ce moment s'établissent des processus de remaniement en fonction de cette donnée nouvelle, au sein du groupe composant le champ d'action de la maladie: sujet, famille, école, milieu professionnel et médecin.

L'épilepsie tient une place à part dans les affections chroniques, dans la mesure où cette chronicité est émaillée de paroxysmes comitiaux dont le côté spectaculaire induit dans l'esprit de l'entourage familial un sentiment de honte, voire de crainte, générateur des classiques réactions de rejet ou de surproctection.

Si le diagnostic de comitialité peut souvent être porté de façon formelle sur des arguments cliniques et électro-encéphalographiques précis et bien codifiés, il est des cas où un doute est permis, l'épilepsie connaissant des frontières extrêmement floues avec le reste de la pathologie psychiatrique, parfois même des formes de passage.

MOREL (1860), KALBAUM (1874), KRAEPELIN (1907) et GRIESE (1914) soulèvent le problème des relations entre épilepsie et schizophrénie. LOEB et GIBERTI (1956), PAILLAS et coll. (1956), RODIN et coll.(1957), LUGARESI et SANDRI (1959) considèrent les syndromes psychotiques survenant chez des épileptiques comme formes symptomatiques, comme des psychoses.

Par ailleurs, les relations entre crises comitiales, obsessions, phobies, ont été décrites et soutenues comme intriquées par GRIESINGER (1865), CULLERE (1890), JANET (1903).

BINSWANGER (1913) isole des formes mixtes de passage entre épilepsie et hystérie.

Le deuxième élément du diagnostic, représenté par l'électro-encéphalogramme, n'a pas, dans ses réponses, la rigueur que l'on veut bien lui accorder. HILL (1958) limite son intérêt à un diagnostic de localisation et de nature d'un éventuel processus lésionnel.

DELL et LAIRY (1960) remarquent que les signes électriques primitivement décrits comme "typiques de comitialité" l'étaient parce que concordant avec l'existence de paroxysmes typiquement comitiaux. Cette dénomination subsiste actuellement sur le plan strictement électro-encéphalographique, même en l'absence de symptomatologie clinique. Un sujet présentant un tel tracé devient donc, en l'absence de tout autre signe, suspect de comotialité, voire comitial.

Nous admettons donc, après cette brève revue, que le diagnostic de comitialité a de forts risques d'être porté par prudence, ce qui implique que, en vertu de la même prudence, le traitement anti-comitial peut être prescrit et surtout poursuivi par excès.

C'est alors que l'on conçoit l'importance du traitement anti-comitial dans le vécu su sujet. Ce traitement prend la valeur, à ses yeux, d'un diagnostic et, ce qui est plus grave, d'un pronostic de chronicité. On connait la fréquence des rechutes après diminution brusque du traitement médicamenteux, ce qui incite à sa poursuite au long-cours. L'effet bénéfique de l'administration parentérale de barbituriques incite l'entourage à en constituer des réserves.

La maladie épileptique est, pour toutes ces raisons, "prise en charge" par le sujet et son entourage. Nous citons à ce propos COVELLO (1972), abordant l'épilepsie du côté de celui qui en est porteur.

" Saura-t-il, tout au long de sa vie, accumuler des bénéfices secondaires de façon que le symptôme crise lui permette de s'intégrer à un niveau socio-affectif acceptable pour lui et les autres".

Peut-être le sujet épileptique réalisera-t-il une partie de ces bénéfices secondaires, non pas en occultant sa maladie, mais en l'utilisant.

B) Aspect psychiatrique:

Nous avons, dans le précédent chapitre, évoqué les très étroites relations qui existent entre l'épilepsie et le reste de la pathologie psychiatrique et avons pu en conclure qu'il existait parfois plus qu'une parenté, mais une véritable fusion au sein de laquelle l'épilepsie trouve mal son individualité. Citons à ce propos EY, BERNARD et BRISSET qui précisent avec encore plus de fermeté l'appartenance de l'épilepsie à la pathologie psychiatrique:

" L'épilepsie est une maladie mentale car elle a une physionomie clinique psychique et une étio-pathogénie cérébrale que l'électro-encéphalogramme a permis de préciser".

a)- La crise: maître symptôme de la maladie, donc principal pilier du diagnostic, elle revêt les aspects les plus divers, allant de comitiale généralisée, type grand mal (forme icto-comitiale), jusqu'aux syndromes confuso-oniriques, maniaco-dépressifs, états crépusculaires (forme graduo-comitiale).

Nous ne passons pas en revue toutes les théories psychanalytiques formulées à son sujet. Citons EY dont la conception rejoint celle de la majorité des auteurs et selon lequel la crise représenterait "une sorte d'orgasme criminel par lequel l'épileptique déchargerait son agressivité homicide ou suicidaire... La crise icto-comitiale apparaitrait alors comme une décharge satisfaisante, tandis que dans la forme graduo-comitiale, les décharges incomplètes retiendraient le malaise et l'angoisse..." .

b) les intervalles intercritiques: Ce chapitre que l'on aurait pu appeler " personnalité épileptique", ou encore "terrain épileptique", nous parait être de loin le plus important dans le développement de notre sujet.

Des innombrables travaux faits à ce sujet, il ressort des traits caractéristiques tout d'abord isolés comme propres à la personnalité épileptique. Il s'agit de : l'égocentrisme, les préoccupations hypocondriaques, la religiosité, et les conduites agressives et impulsives. WALLON (1925) insiste sur la minutie de l'esprit de persévération. Cette conception est reprise par STAUDER (1938).

La personnalité épileptique devient ainsi une personnalité psychopatique, exprimée comme une entité et, loin d'être la conséquence des accès convulsifs, détermine l'épilepsie elle-même. Par contre, AJURIAGUERRA (1953) précise que cette personnalité n'est pas spécifique et ne se retrouve pas chez tous les épileptiques. DELAY et coll.(1955), isolent, par l'interméidiaire du test de Rorschach, deux types de personnalités se rencontrant chez les épileptiques: l'un coarté, correspondant à une bonne adaptation sociale, l'autre extra-tensif, correspondant à une adaptation de moins bonne qualité, conduisant à des actes impulsifs, volontiers délictueux. Actuellement, la conception de la personnalité épileptique comme entité constante est beaucoup moins adoptée, au profit d'une conception pluraliste dans laquelle entrent en particulier les éléments réactionnels.

Les principaux éléments réactionnels que l'on peut retrouver chez l'épileptique sont schématiquement au nombre de trois:

- dissimulation
- démission
- utilisation

Ces différents procédés réactionnels sont analysés par Madame RACLOT-HENRION (1957).

a) La dissumulation correspond essentiellement aux épisodes critiques et intervient dans le but de trouver une insertion professionnelle correcte, par exemple. Nous verrons plus tard l'incidence du milieu professionnel dans le cursus qu'un sujet épileptique doit parcourir.

b) La démission est un phénomène fréquent, concernant surtout le traitement abandonné par le sujet à cause de son inefficacité ou de la non réussite malgré lui.

c) L' utilisation correspond le plus souvent à une réaction de désespoir, pouvant se trouver intriquée avec la réaction précédemment décrite, comme si le sujet demandait plus ou moins inconsciemment à sa maladie de lui procurer ce qu'il n'a pu obtenir à cause d'elle.

En cours de traitement, on observe ainsi des crises simulées, destinées à susciter de l'intérêt que le sujet ne peut obtenir qu'auprès d'une équipe médicale, laquelle lui en a, en quelque sorte donné cette étiquette d'épileptique. Lorsque la comitialité provient d'un accident du travail, l'utilisation de la maladie intervient aux fins évidentes d'obtenir une augmentation de la pension d'invalidité primitivement consentie. C'est ainsi que l'on peut rencontrer tous les

degrés de conviction entre l'utilisation consciente (sursimulation et l'utilisation inconsciente (hystéro-épilepsie).

Nous aurons l'occasion, à l'aide de nos observations, de juger de la graduation existant dans le domaine de l'utilisation.

C) L'épilepsie abordée par son sujet:

En dehors des caractéristiques inhérentes à la maladie dont nous venons de parler, on constate que la composante réactionnelle de la "personnalité épileptique" n'est pas la moindre. DELAY et coll. (1955) évoquent la personnalité épileptique dans cette dimension réactionnelle à travers le test de Rorschach utilisé dans cette optique; " placé devant un entourage méprisant et hostile, l'épileptique réagira par des conduites agressives ou en restreignant ses activités, en se repliant sur lui-même, en adoptant une attitude égocentrique".

Ces considérations nous mènent à envisager l'idée que le sujet se fait de son affection. Que peut-il"faire de sa maladie"? La dissimuler constitue certes un moyen efficace d'insertion socio-professionnelle et, de ce fait, est un moyen fréquemment employé; mais, dissumuler une affection telle que l'épilepsie ne fait qu'accroître son aspect honteux et dévalorisant. On n'a effectivement pas l'occasion de dissimuler une vérité qui ne soit pas honteuse. Ajoutons que la dissimulation n'est pas toujours possible (résistance au traitement) et que, quand elle l'est, n'est pas toujours efficace.

L'épileptique a donc forcément recours à un procédé inverse, qui est d' "utiliser" sa maladie aux fins d'en obtenir les bénéfices secondaires propres à la rendre supportable. Cette réaction correspond à un désir de revalorisation, induit par les multiples expériences d'échec connues auparavant. Cette revalorisation remettra tant bien que mal en équilibre la "balance des satisfactions et des insatisfac-

- tions. Il s'agit naturellement de satisfactions n'équilibrant pas les échecs dans le réel mais, sur le plan du vécu, de satisfactions archaïques comme celle d'avoir été examiné au décours d'une crise, d'avoir fait l'objet d'une prise en charge hospitalière, d'avoir, en fin de compte, suscité de l'intérêt.

Chez l'enfant, les raisons de cette utilisation sont encore plus évidentes dans la mesure où la comitialité infantile est, dans une proportion non négligeable de cas (35% pour certains auteurs), l'occasion d'une réaction de surprotection maternelle. A cette réaction vient s'ajouter la surtolérance. En effet, le caractère d'un enfant épileptique est reconnu comme devant être toléré tel qu'il est, les contrariétés étant réputées comme facteurs déclenchants de crises, comme l'ont analysé SAUGUET et DELAVELEYRE en 1956. L'enfant épileptique est, pour ces raisons, et peut-être davantage que l'adulte, gratifié par les réactions qu'il observe de la part de son entourage en face de sa maladie.

En cas de rejet familial, ce qui s'observe également dans une forte proportion (comparable à la réaction de surprotection), on peut considérer que l'enfant se trouve dans la situation de l'adulte, ce qui veut dire qu'il devra s'adresser à un milieu autre que sa famille; le milieu le plus valorisant pour lui sera essentiellement le milieu médical(prise en charge au décours d'une crise comitiale ou d'une manifestation caractérielle quelconque). Le milieu scolaire ne constitue en effet jamais un milieu accueillant et valorisant pour lui.

L'enfant épileptique bien toléré, sans être surprotégé, a beaucoup moins d'occasions d'utiliser sa maladie puisqu'il dispose de chefs de valorisation dont disposent les autres enfants.

En conclusion, il nous est apparu de façon évidente que l'épilepsie, en tant qu'affection chronique et surtout en tant que source de diverses réactions de la part de l'entourage, ne pouvait que

faire l'objet d'une utilisation à l'encontre de celui-ci. L'épileptique ne peut assumer cet état qu'au prix de manipulations de sa maladie, parmi lesquelles l'utilisation tient certainement la plus grande place.

D) l'épilepsie abordée par la famille:

La famille, première étape sociale connue par le malade, conditionne en quelque sorte ses réactions vis-à-vis de son affection et son comportement ultérieur, dans son milieu professionnel par exemple.

Lors de la première consultation, il est fréquent que les parents retrouvent dans les antécédents une quelconque chute en dehors du berceau ou d'un autre point que la mère se reproche de n'avoir pas surveillé. Cet incident servira de base au développement de la culpabilité maternelle, origine elle-même de réactions de surprotection. La mère de l'épileptique devra donner à son enfant le traitement prescrit et fera de ce traitement un prétexte pour conserver son enfant davantage près d'elle. Nous verrons parmi nos observations, que cette mission habituellement réservée à la mère, peut être la source d'importantes réactions agressives de la part de l'enfant.

C'est surtout dans le cadre de la surprotection que la famille a l'occasion d'utiliser le diagnostic d'épilepsie. Ce dernier ouvre en effet la porte aux interdits, source d'agressivité de l'enfant, bien que les statistiques montrent souvent une attitude de passivité qui stabilise apparemment la relation mère-enfant.

La situation familiale est donc habituellement propre à favoriser le développement précoce d'une anxiété chez l'enfant, de même qu'une immaturité affective, ce qui peut expliquer l'interférence névrotique dans la personnalité épileptique.

Il faut à présent considérer l'attitude de rejet de la part des parents, attitude en principe moins fréquente que celle de surprotection, et qui ne lui est pas à tous coups opposée. Il est en effet certain que la surprotection correspond à une réaction au désir de rejeter.

Le sujet épileptique constitue une agression, une véritable blessure narcissique des parents qui doivent faire face à la situation, soit par des attitudes directes (punitions corporelles ou morales), soit par des comportements rationnalisateurs (placement en centre spécialisé ressenti comme un soulagement). Les interdits auxquels l'enfant épileptique est soumis représentent donc une sorte de compromis entre le rejet, ou plutôt l'agressivité des parents (équivalent de punition) et le besoin ressenti comme une nécessité, de le surprotéger.

Au total, on doit retenir que la famille d'un épileptique est prisonnière d'un ensemble complexe de sentiments : blessure, anxiété, culpabilité.

- blessure:

Les parents recherchent plus ou moins inconsciemment leur image dans leur enfant et conçoivent, devant le diagnostic d'épilepsie, un sentiment de honte vis-à-vis d'autrui, comme s'ils portaient eux-mêmes la trace de cette affection.

- anxiété :

Elle se manifeste non seulement à l'égard des risques courus par l'enfant et de par son affection, mais surtout à l'égard de son avenir incertain. Le milieu familial représente, pour les parents, la seule possibilité de protection pour leur enfant. Il leur parait souvent inconcevable que l' "épilepsie, propriété de la famille, sorte de cette famille " .

- culpabilité:

Bien au-delà de l'impression de blessure s'installe rapidement le sentiment de culpabilité, celui d'avoir fourni à la société un sujet handicapé. Cette réaction se trouve d'autant plus aggravée que la famille est plus nombreuse et comprend par ailleurs des enfants non épileptiques. Le sujet atteint devient inévitablement un pôle de comparaison: "l'un réussira tandis que l'autre ne réussira pas à cause de la maladie que nous lui avons transmise". Culpabilité d'autre part devant les multiples échecs que connaîtra l'enfant dans les différents milieux sociaux auxquels il devra appartenir.

E) l'épilepsie abordée par la société:

Il convient de séparer ce chapitre en deux sous-chapitres concernant les deux principales étapes sociales que le sujet épileptique doit franchir. Nous avons précédemment étudié l'étape familiale qui va structurer l'avenir du malade en ayant forgé son caractère. Il convient alors d'étudier successivement les étapes scolaire et professionnelle. Enfin, signalons deux dernières étapes qui ne retiendront pas notre attention et qui représentent hélas souvent les étapes terminales du sujet épileptique: ce sont l'étape médico-légale et l'étape asilaire.

a) l'étape scolaire:

La scolarité d'un enfant épileptique a, au départ, tous les risques d'aboutir à un échec, soit à cause de l'arriération mentale, soit par exclusion pour des motifs divers que nous regrouperons de la manière suivante:

- danger lié aux crises comitiales: risque de traumatismes graves à l'occasion de chutes.

- caractère effrayant des crises comitiales pour les autres élèves, cet inconvénient étant grevé d'un risque de "contagion" dans un registre hystérique.

- Hostilité des parents d'élèves: les récits faits par les autres élèves à leurs parents de crises auxquelles ils ont assisté crèent chez ces parents un sentiment d'insécurité et de "mélange nocif pour leur enfant" . Les interventions itératives faites auprès du directeur de l'établissement conduisent tôt ou tard à l'exclusion de l'élève épileptique.

- trouble provoqué au milieu des cours: l'enseignant exerçant dans une classe ordinaire considère comme inopportun le fait qu'un enfant épileptique fasse partie de ses élèves "alors qu'il existe des centres spécialisés pour ce genre d'enfants" .

- bradypsychie: nous avons précédemment remarqué que la bradypsychie s'inscrivait fréquemment dans la personnalité épileptique. Sans qu'il soit question de la moindre arriération mentale, ce trait de caractère va de pair avec la méticulosité et la persévération qui, bien que simples traits de caractère, sont immédiatement interprétés comme des défauts. La relation se trouve automatiquement faite avec l'affection connue au départ. L'enfant se trouve alors accusé de retarder les cours et de nuire à ses camarades.

- troubles du caractère: l'agressivité des enfants épileptiques est un fait connu qui trouve dans ses racines, comme nous l'avons vu tout particulièrement dans les relations que ces enfants ont pu avoir avec leur entourage familial. Ces relations ont conditionné en grande partie leur attitude vis-à-vis de leur maladie. A cette agressivité que l'on pourrait appeler "naturelle", viennent s'ajouter de multiples vexations de la part des camarades au sujet des crises qu'ils ont vues, ou bien des médicaments qu'on l'a vu ingurgiter au réfectoire.

Enfin, les états d'obnubilation post-critique sont souvent à l'origine de moqueries. Ainsi apparaissent des "bagarres" à l'issue desquelles le provocateur (qui ne peut qu'être l'enfant épileptique) reçoit une sanction se traduisant par l'exclusion.

- arriération mentale: la répétition à intervalles rapprochés d'accès comitiaux est fréquemment à l'origine d'une arriération mentale qui justifie alors le placement de l'enfant dans un centre spécialisé. Faut-il placer cet enfant dans un centre d'épileptiques ou bien dans un Institut Médico-Pédagogique ?

Le centre d'épileptiques a l'inconvénient de son aspect ségrégationniste, mais l'avantage de disposer, en principe, d'un personnel habitué au problème de l'épilepsie.

L'Institut Médico-Pédagogique comporte, à l'encontre du précédent, l'inconvénient d'un inévitable mélange au sein duquel l'enfant épileptique se retrouve dans une ambiance comparable à celle de l'école, livré aux moqueries de ses camarades, d'où nouveau risque d'exclusion à la suite de conflits.

Il apparait donc que le centre spécialisé pour épileptiques soit en fin de compte la solution la moins lourde de conséquences.

Naturellement, le maintien de ces enfants dans des établissements ordinaires constitue toujours la meilleure solution.

b) l'étape professionnelle:

C'est sans doute dans ce domaine que l'utilisation du diagnostic d'épilepsie trouve le champ d'application le plus large.

Nous avons pu constater que l'épileptique avait bien souvent intérêt à dissimuler son affection pour accéder à une profession décente.

Il est en effet plus difficile de faire admettre un épileptique cliniquement stabilisé dans un centre d'apprentissage que de maintenir dans ce centre le même sujet dont la maladie serait découverte après un temps de latence suffisant pour faire apprécier ses qualités professionnelles.

L'inconvénient le plus souvent invoqué est le risque d'accidents découlant d'accès comitiaux. SAUGUET montre, en 1958 que , d'après des statistiques émanant notamment des usines PHILIPS et FORD-POISSY, qui emploient un nombre non négligeable de travailleurs épileptiques, ces derniers ne provoquent pas plus d'accidents que les autres travailleurs. Il est bien évident que la nature de l'emploi réservé au travailleur épileptique tient compte de l'éventualité d'une crise. Ce poste est suffisamment protégé pour ne pas mettre sa vie en danger en cas de dissolution de la conscience.

Le deuxième argument opposé est le risque de perte de temps du fait des crises, autant pour le sujet que pour son entourage. Il apparait en fait que, en dehors du travail à la chaîne, cette perte de temps se trouve largement compensée par le non-absentéisme bien connu chez les épileptiques. Ces derniers craignent en effet, en permanence, la perte d'un emploi qu'ils ont eu beaucoup de difficultés à obtenir.

Ces considérations concernent les réactions de l'employeur en face d'un sujet épileptique. Mais le patron ne constitue pas à lui seul l'entourage professionnel du sujet. En dehors des réactions de rejet que l'on peut observer de la part des collègues, ces derniers peuvent avoir recours à l'utilisation de l'épilepsie du sujet, par exemple dans le cadre d'un travail où le sujet épileptique est tributaire d'une équipe; le ralentissement psychomoteur qu'il présente est présenté comme l'origine du retard global du travail demandé, voire responsable d'une erreur commise.

Citons avant de conclure l'effort que doit faire le médecin traitant de l'épileptique pour ne pas céder à l'utilisation de ce diagnostic porté par lui ou par un de ses collègues. Il lui appartient d'insister auprès des employeurs, en collaboration avec le médecin du travail, pour obtenir un emploi dans l'entreprise. Il ne doit pas perdre de vue cette tâche réhabilitatrice qui lui est quotidiennement imposée. Grande est en effet la tentation de relier à la comitialité toute manifestation caractérielle rapportée par les parents, de donner en quelque sorte une explication hâtive à des symptômes qui peuvent affecter tout autre enfant et trouver leur résolution dans un autre domaine que celui de la maladie dite causale. Le médecin traitant a également pour mission de réajuster perpétuellement le traitement anti-comitial en collaboration avec le spécialiste, en s'efforçant toujours de réduire ce traitement, pour une meilleure réinsertion du sujet, sans se contenter de "renouveler l'ordonnance" .

F) Conclusion :

Le diagnostic d'épilepsie représente un "accident" survenu dans une société qui comporte cinq personnages ou groupes de personnages : sujet, famille, école, travail, médecin .

Cette société doit s'organiser en fonction de cette donnée nouvelle .Nous avons conclu que l'utilisation était un mode d'organisation répandu tant chez le sujet que chez son entourage. Les différents tabous qui lui sont encore attachés font de la maladie épileptique un cas à part.

Chacun se trouve, à un moment quelconque,amené à utiliser le diagnostic pour atteindre son objectif : le sujet lui-même pour se revaloriser , la mère pour appuyer son comportement naturellement surprotecteur , l'école pour se débarrasser d'un sujet gênant , non pas directement du fait de sa maladie , mais du fait qu'il sort du cadre classique souhaitable pour le bon fonctionnement de l'établissement . La même réaction s'observe à l'échelon professionnel. Ces dernières constatations nous ramènent assez près de la conception en vigueur au Moyen-Age :toute particularité physique ou mentale était justiciable d'exclusion de la société.

La notion de "profil collectif" demeure donc à peu près identique.

Nous nous efforcerons, après avoir cité nos observations, de dégager les points essentiels se rapportant à l'utilisation de l' "étiquette" d'épileptique par chacun des membres de cette société à cinq composantes.

OBSERVATION n° 1

Mademoiselle DEL..., âgée de 17 ans , est vue au décours d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire: ALLEPSAL* .

La comitialité de cette jeune fille remonte à l'âge de treize ans, âge des premières règles. Les électro-encéphalogrammes pratiqués à cette époque ont montré des signes caractéristiques de la série comitiale. Sur le plan clinique, elle présente des crises généralisées à raison de deux à trois par mois, se groupant pendant la période menstruelle. Les crises se présentent sur un mode stéréotypé: Mademoiselle DEL... tourne plusieurs fois autour d'une table, tombe et fait une crise comitiale généralisée typique, avec perte d'urine et morsure de la langue.

D'un niveau intellectuel relativement bas, elle a été renvoyée du lycée où elle était en troisième pratique, pour "troubles caractériels". Depuis ce renvoi, elle travaille dans un hopital de jour pour épileptiques, où elle reçoit un salaire très bas. Elle se trouve, dans ce centre, en contact avec des épileptiques plus atteints qu'elle et conçoit de cette situation un sentiment d'avenir "bouché".

D'après les entretiens que l'on peut avoir avec elle, il semble bien exister des problèmes profonds, en particulier celui de cette comitialité mal acceptée par la malade et sa mère. Elle se sent rejetée de toutes parts.

Elle accuse d'autre part un conflit avec sa mère, cette dernière ne voulant pas la laisser sortir, de peur qu'elle ne prenne pas son traitement, ce qui l'exposerait au danger d'une crise. La mère se présente comme étant à la fois hyperprotectrice et soulagée de savoir sa fille dans un centre spécialisé comme l'hopital de jour où elle est. Notons que le père apparait comme inexistant, autant dans le discours de la malade que dans la réalité, puisqu'il a quitté la famille.

La possibilité d'un autre emploi est évoquée avec la malade et sa mère en fin d'hospitalisation.

Mademoiselle DEL... est revue sept mois après, à l'occasion d'une nouvelle tentative de suicide par le même moyen.

O B S E R V A T I O N n° 2

Mademoiselle ADA... , âgée de 19 ans est vue au décours d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire: GARDENAL* .

Il s'agit de la deuxième tentative de suicide chez une comitiale reconnue et traitée depuis quatre ans.

Les premières crises comitiales, qui sont des crises généralisées, sont survenues à l'âge de quinze ans, alors que Mademoiselle ADA... se rendait à son travail. Elles ne surviennent actuellement que dans ces circonstances, alors qu'elles n'ont jamais lieu chez elle.

Elle vit dans un milieu rural, aînée de neuf enfants, et la seule qui présente des crises comitiales dont la fréquence serait de une à deux par mois.

La mère se présente comme très protectrice et toujours prête à faire une injection de GARDENAL* "sans laquelle la crise ne cesserait pas" .

La tentative de suicide est décrite par la malade comme une réaction à un interdit familial de sortie. Le risque de crise comitiale est toujours avancé comme argument devant la demande d'autonomie exprimée par la malade.

Au cours de l'hospitalisation, aucune crise n'est observée, si ce n'est la veille de la sortie, où l'on assiste à une crise

hystériforme faite de mouvements saccadés des quatre membres, ne présentant pas les caractères d'une crise comitiale.

On conclut, pour cette malade, à la notion d'hystéro-épilepsie justiciable d'un abord psychothérapique ayant pour but de lui faire quitter le rôle de malade qu'elle tient dans sa famille.

Elle sort du service sur la demande de ses parents.

O B S E R V A T I O N N° 3

Monsieur VER...,âgé de 22 ans,est vu à l'occasion d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire : ALEPSAL*, TRINURIDE*.

Il est suivi, depuis l'âge de cinq ans, pour une comitialité de type petit-mal, apparue à la suite d'un accident de voiture. Cette comitialité avait été confirmée par un tracé électrique typique de petit-mal. Le tout s'était rapidement normalisé sous traitement anti-comitial; cependant,jusqu'à l'âge de dix ans, il était accompagné tous les deux mois par sa mère, pour un électro-encéphalogramme, lequel n'avait été prescrit par personne. A force de tentatives de persuasion, le neurologue qui suivait Monsieur VER...fit comprendre à la mère que cet examen n'était plus nécessaire, puisque la maladie était cliniquement et électriquement stabilisée.

Pendant son séjour à l'hopital, il adopte un comportement manifestement hystérique : astasie, "confusion",...

Il se dit en proie à des difficultés affectives complexes, correspondant à un besoin démesuré d'affection, jamais satisfait. Il multiplie, au cours de sa vie sociale, les tentatives de réassurance : passe le permis de conduire "transport en commun",prend d'importants crédits d'achat pour prouver, comme il le dit lui-même, qu'il est capable de rendre une famille heureuse.

D'après sa femme, il présente toujours des accès critiques qui sont à présent de deux ordres;

- Interruptions brusques de l'activité en cours, regard vague, avec perte des urines par moment.

- Fugues impulsives de quelques centaines de mètres, suivies d'un arrêt brutal et d'une amnésie totale de l'épisode. Ce type d'accès ne survient qu'en présence de sa mère.

Par ailleurs, on apprend que certains traits de son caractère sont mal supportés par l'entourage, à savoir une extrême méticulosité, une impulsivité le conduisant souvent à des brutalités.

En conclusion, sur le plan du caractère et de la symptomatologie rapportée, la comitialité de Monsieur VER...ne fait aucun doute. Notons cependant que le dernier électro-encéphalogramme pratiqué ne montre aucun signe de la série comitiale.

OBSERVATION N° 4.

Monsieur LEV...,âgé de 17 ans, suivi en consultation,présente, depuis l'âge de 3 ans½, une comitialité de type petit-mal, cliniquement et électriquement confirmée.

Le traitement anticomitial stabilise très bien les crises. Ses parents forment un couple pathologique: anxieux et hyperprotecteurs. Sa scolarité se révèle très médiocre: il va de classe de perfectionnement en classe de perfectionnement jusqu'à l'âge de quinze ans, après quoi il ne fait plus rien, à part quelques crises clastiques et oppositionnelles vis-à-vis d'une mère qui l'habille et le nourrit, entretenant une relation d'extrême dépendance dont elle est inconsciente et dont le père parle avec un accent de simple regret.

Il se présente, avec trize ans de recul, comme un sujet hébéphrène, avec un mutisme total, le problème de l'épilepsie passant au second plan derrière les problèmes relationnels et comportementaux.

Au total, le vécu de la maladie épileptique par les parents semble avoir dans ce cas permis le développement d'une schizophrénie. La famille étant cependant, au départ, "psychotisante", a, de façon certaine, utilisé la comitialité dans le renforcement de sa vocation surprotectrice.

OBSERVATION N° 5.

Mademoiselle AUB..., âgée de 22 ans, est vue au décours d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire: 30 comprimés d' ORTENAL*.

Elle a présenté les premières crises généralisées à l'âge de douze ans. Sa comitialité a été à ce moment confirmée électro-encéphalographiquement. Elle suit depuis un traitement anticomitial.

Ses parents rapportent dans ses antécédents des convulsions hyperthermiques de la petite enfance.

Troisième d'une famille de quatre enfants, elle vit actuellement avec sa mère et sa jeune soeur.La mère adopte à son égard un comportement hyperprotecteur du fait de sa maladie. Cette dernière semble par ailleurs très culpabilisée par les deux parents.

La tentative de suicide est survenue dans un contexte dépressif lié à la séparation récente des parents. Mademoiselle AUB...reconnait manquer d'assurance dans ses réalisations. Ainsi a-t'elle entrepris des études de médecine et n'a-t'elle pu supporter un échec à la fin de la deuxième année. Cet échec était ressenti par elle comme la conséquence de la "tare" qu'elle portait, ce qui lui fut par la suite démenti par sa réussite au terme d'études d'infirmière qu'elle a ensuite commencées.

Elle a pu, au cours de son hospitalisation, partiellement éclaircir le malaise lié à son état d'épileptique et concevoir la dépendance qui la liait au couple parental dont la dissolution était d'autant plus mal supportée.

O B S E R V A T I O N N° 6

Madame GEL...,âgée de 36 ans, est vue à l'occasion d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire: GARDENAL*.

La comitialité de cette patiente remonte à l'âge de l'adolescence: apparition de crises comitiales généralisées avec traduction électro-encéphalographique typique.

Cette comitialité se trouve très nettement aggravée par des surcharges dans le domaine familial et conjugal chez cette mère de famille nombreuse. Enfin, surcharge professionnelle (serveuse dans un restaurant de grand magasin).

Cet ensemble de circonstances donne souvent lieu à des épisodes dépressifs accompagnés de raptus autolytiques impulsifs.

Au cours des entretiens que l'on a avec la malade, une prise de conscience se fait que la majorité des crises ne sont plus maintenant de nature comitiale à proprement parler, mais de type surtout névropathique et "provoqué".

OBSERVATION N° 7.

Madame DE B..., âgée de 41 ans, est vue à l'occasion d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.

La comitialité de cette malade remonte à cinq ans, époque à laquelle elle a été victime d'un accident du travail avec traumatisme crânien. La vérification électro-encéphalographique s'est avérée douteuse. Du fait de la fréquence des rechutes de "crises", elle prend une quantité impressionnante de médications anticomitiales.

Depuis cet accident, elle est déclarée inapte au travail. Elle attribue ses gestes autolytiques à l'ennui ressenti depuis cette mise à l'écart d'un milieu professionnel qui lui convenait.

Elle a transféré la signification de sa comitialité sur un mode quasi-délirant, concernant le nom de son mari qu'elle se reproche de salir: persuadée d'appartenir, par ce nom, à une famille royale, elle ressent sa comitialité comme une tare plus ou moins transmise par cette famille. Cette conviction s'accompagne du fait que la malade admet une relation directe entre son accident et sa comitialité.

Madame DE B...manipule son traitement anticomitial comme un objet d'agression vis-à-vis de son entourage(son mari en particulier), soit en ne le prenant pas et en présentant des crises qui ne sont

pratiquement jamais des crises authentiquement comitiales, soit en l'utilisant pour des tentatives de suicide. A noter l'adjonction d'un éthylisme solitaire non culpabilisé par la malade.

On conclut que les tentatives de suicide itératives de cette malade sont réactionnelles à la mise à l'écart dont elle s'est sentie victime depuis son accident, la comitialité dont elle a été taxée étant vécue par elle comme une tare.

OBSERVATION N° 8.

Madame ROS...,âgée de 51 ans, est vue au décours d'un coma toxique volontaire: Lentérules de PHENOBARBITAL*.

La comitialité de cette malade remonte à quelques mois; elle a présenté une crise étiquetée comitiale à son travail(atelier de couture). Toutes recherches d'anomalies électro-encéphalographiques et de néo-formation intra-crânienne sont à ce moment demeurées négatives. On note dans ses antécédents plus lointains plusieurs crises névropathiques. Elle aurait fait une tentative de suicide à l'issue d'une de ces dernières.

En tout état de cause, elle suit, depuis cette première "crise comitiale", un traitement par Lentérules de PHENOBARBITAL*.

Un nouveau tracé électro-encéphalographique est pratiqué en cours d'hospitalisation. Ce tracé se révèle dépourvu d'anomalies de la série comitiale.

Au cours des entretiens que l'on a avec cette personne et quelques membres de sa famille, on apprend qu'elle vit chez sa fille aînée depuis le décès de son mari (remontant à trois ans). Elle entretient avec sa fille une relation d'agressivité répondant à la situation de dépen-

-dance ressentie en face de la "prise en charge" dont elle se sent l'objet. Les crises clastiques, de type névropathique, bien connues de la famille, auraient présenté une nette recrudescence depuis qu'il a été question de comitialité.

Au total doit-on conclure que Madame ROS...manifeste depuis peu de temps son agressivité vis-à-vis de sa fille au moyen de sa comitialité, en reproduisant approximativement une symptomatologie comitiale, ou bien, comme elle vient de le faire, en utilisant son traitement pour une tentative de suicide .

O B S E R V A T I O N N° 9.

Monsieur ACH..., âgé de 54 ans, est vu à l'occasion d'une hospitalisation pour "troubles digestifs divers".

Il présente par ailleurs une comitialité remontant à cinq ans : il a eu un accident du travail avec traumatisme crânien, à la suite duquel il a présenté des crises comitiales généralisées bien contrôlées par le traitement anticomitial(DI-HYDAN*, ALEPSAL*, VALIUM*). Il a été déclaré "inapte au travail" depuis cette date. Les troubles digestifs qu'il présente ne sont étayés par aucun substratum organique.

Le jour de sa sortie de l'hopital, il fait une chute brutale, sans perte de connaissance, avec agitation motrice qui cède rapidement sans aucune intervention médicale.

L'étiologie de ces troubles semble être reliée à la désinsertion sociale de ce malade, due à sa comitialité, ou du moins à la façon dont il l'entend.

C O M M E N T A I R E S

Les quelques observations que nous avons citées sont d'intérêts très inégaux et ne peuvent que rapporter le point de vue d'une partie seulement des membres de la société à cinq dont nous parlions précédemment .

Nous avons pu cependant constater à quel point la maladie épileptique ne se résumait pas à un banal ensemble de symptômes accompagné d'un examen complémentaire de valeur indiscutable.

Les premières observations relataient des cas où le diagnostic de comitialité était solidement établi au départ, les autres des cas où la comitialité ne se présentait au sujet et à son entourage que sous la forme d'une étiquette. Elles nous permettent d'isoler deux termes bien distincts: "statut" et "étiquette". Bien que ces deux termes paraissent à première vue superposables, il en apparait un troisième qui nous sert à préciser la différence: le "mythe de la comitialité". L'étiquette occasionnée par la maladie épileptique résulterait de l'addition du statut et du mythe attaché à cette maladie.

Le statut d'épileptique se trouve intimement relié à la maladie. Il est conditionné par elle et se présente au sujet comme une obligation; chaque membre de son entourage lui fait un statut à part: pour commencer, la famille en fait un sujet à protéger davantage qu'un autre (OBS. N°1, 2,3,5). Il ne peut s'inscrire de façon harmonieuse dans cette famille, car il y a creusé une sorte de "créneau" qu'il devra occuper à tout prix.

Dans le milieu scolaire, le statut qui lui est réservé est bien

différent. C'est celui d'un sujet gênant, non pas à cause de sa maladie elle-même, mais à cause du trouble qu'elle provoque dans une collectivité (OBS. N° 1,4). Sa place dans une classe est vécue comme une tolérance à laquelle est toujours attaché le risque d'exclusion.

Dans le monde professionnel, le sujet épileptique rencontrera de nombreux écueils depuis l'embauche jusqu'au maintien dans la place. Nous ne reviendrons pas sur les difficultés éprouvées par le sujet épileptique pour obtenir un emploi. Nous remarquerons simplement la facilité avec laquelle la maladie épileptique est taxée de nocivité (OBS. N°7, 8,9). L'éviction du milieu professionnel se révèle d'une grande facilité alors que, dans d'autres domaines de la pathologie, elle s'avère moins indispensable, et surtout plus malaisée.

Le médecin a souvent, en face de l'épileptique, un désir de pérennisation de la situation, comme s'il craignait qu'un diagnostic, posé de façon hasardeuse, puisse être remis en question. Le traitement imposé à un sujet épileptique devient, après son institution, une donnée invariable, et finit par représenter la maladie à lui seul. Il est présenté au malade comme sa seule chance de réhabilitation.

Enfin, le problème se pose de savoir si le statut d'épileptique n'est qu'une construction de l'entourage ou bien si le sujet épileptique participe lui aussi à son élaboration. Il nous semble que le malade qu'est ce sujet est attaché, dans une certaine mesure, à sa maladie, en ce sens qu'elle peut lui procurer, à défaut de satisfactions dans la réalité, des bénéfices secondaires qu'il désire sauvegarder. Le statut peut donc être pour le sujet, dans certains cas, un statut confortable,

ce qui complique sa réhabilitation aux yeux des autres. Cette réhabilitation , tout en étant son désir profond, correspond à une frustration dans le domaine affectif, puisque faisant symboliquement disparaitre sa maladie, source d'intérêt, parfois de pitié.

Le mythe attaché à la maladie épileptique serait en quelque sorte la résultante d'un ensemble d'idées conçues depuis les anciens vis-à-vis de cette maladie. La liste des adjectifs qui lui ont été attribués est d'une surprenante diversité, allant de la "curieuse" maladie à la maladie "répugnante". Elle demeure empreinte de beaucoup de mystére, suscitant et entretenant ainsi l'angoisse du public. Disons que l'épilepsie est encore, à peu de détails près, le "mal sacré" des Romains.

L'étiquette enfin, fondée sur le statut et embellie par le mythe, représente en fin de compte le "diagnostic de comitialité fait par les autres".

Nous insistons sur la nocivité de cette étiquette dans le développement psychique et l'avenir social du sujet épileptique, après avoir constaté les perturbations majeures qui peuvent en découler (OBS. N°4). Il convient de traiter cette maladie d'une façon directe, sans l'occulter ni la grandir, et surtout sans conserver au fond de sa pensée la notion de maladie incurable et invalidante, même si c'est souvent le cas.

Dans les observations que nous avons citées, nous avons pu voir que l'étiquette portée par ces sujets, attribuée par l'entourage ou par eux-mêmes, était, plus que la maladie elle-même, responsable de leur déchéance sociale.

C O N C L U S I O N S

Le diagnostic de comitialité représente, tant pour le sujet qui en est atteint que pour son entourage, un accident qui modifie le comportement de chacun.

Les Romains, qui reconnaissaient cette affection comme une maladie et lui appliquaient des traitements spécifiques, en faisaient un mal sacré .

Au Moyen-Age, cette maladie n'était plus reconnue comme maladie, mais jugée comme une possession démoniaque, d'où les premières réactions de rejet.

A présent, le diagnostic s'appuie sur des données cliniques et électro-encéphalographiques bien codifiées. Une telle rigueur n'est hélas pas toujours applicable parce-que, d'une part, l'accès comitial peut revêtir des aspects très divers et trompeurs, d'autre part, les signes électriques dits spécifiques de comitialité ne se retrouvent pas toujours et, quand ils sont retrouvés, ne correspondent pas forcément à une symptomatologie clinique.

Il faut envisager le retentissement que peut avoir un traitement anticomitial prescrit à un sujet dont la comitialité est douteuse, sur le même plan que celui entraîné par ce traitement après un diagnostic porté de façon ferme.

La société touchée par ce diagnostic se compose de cinq personnages ou groupes de personnages:

- le sujet épileptique.

- sa famille.

- l'école.

- son milieu professionnel.

- son médecin.

Chacun, y compris le malade lui-même, élabore pour ce malade un statut particulier qui tente de compenser le malaise éprouvé face à la maladie épileptique. Cette dernière, bien souvent source de désagréments, se révèle dans certains cas capable de procurer des bénéfices à chacun.

Nos observations sont présentées dans l'optique suivante: le diagnostic est ou n'est pas au départ étayé par des arguments fermes. Cependant, la société réagit, comme le sujet lui-même, de façon identique au diagnostic de comitialité qui se trouve utilisé par chacun.

L'utilisation porte plus exactement sur l' "étiquette", complexe formé par l'addition du statut d'épileptique et de la mystification dont chacun est encore l'objet à propos de la comitialité.

Nous précisons que l'étiquette portée par tous les épileptiques se révèle d'une extrême nocivité pour eux, dans la mesure où elle entrave plus ou moins leur développement et compromet un avenir qui pourrait être normal.

B I B L I O G R A P H I E

AJURIAGUERRA (J.de), DIATKINE (R.) et GARCIA-BADARACCO (J.) : psychanalyse et médecine psychosomatique, dans "psychanalyse d'aujourd'hui".(PUF), 1956, T.2.pp.499-532.

ALAJOUANINE(T.), BOUDIN (G.), CASTAIGNE(P.), LHERMITTE(F.), LAURAS et MASSON(S.): psychoses aigües chez les épileptiques, dans Rev.neurol. 1956. 95.N°6.pp.599-600.

AUDISIO(M.) et PICAT(J.): "l'assistance aux épileptiques". E.M.C. PSY.2.250. A. 20.

BAILLARGER(M.): Essai de classification des maldies mentales.MASSON. édit. 1854.

BANCAUD(J.) et SALLOU(C.): "familial epilepsy and tumoral epilepsy, dans Epilepsia.1969. 10. pp.83-86.

BARANDE(R.): contribution à l'étude de l'état dangereux chez les épileptiques. Thèse Paris.1956.

BARCIA(D.) et GOMEZ-FERRER(C.): La signification des attitudes maternelles dans le comportement de l'enfant épileptique. Ann.médico-psy. 127,1969. T.I.837.

BENOIT(G.): Troubles mentaux non primitifs, dans "conférences de psychiatrie. DOIN,édit. fasc.4. pp.85-119.

BINSWANGER(O.): Die Epilepsie. Vienne et Leipzig. I899. 1°édit.1913.2°.

BOVEN(W.): Religiosité et épilepsie. Arch.suisses Neurol.et psych. 1919. 19. 4. pp.153-169.

BRIERRE de BOISMONT(A.): De la responsabilité légale des aliénés.1863. BAILLERRE,édit.

CHASLIN(P.): La confusion mentale primitive.1895. ASSELIN et HOUZEAU.

CORNNIL(R.) et PAILLAS: "les épilepsies".Paris I950. FLAMMARION.

COVELLO(L.) et COVELLO(A.): Epilepsie, symptôme ou maladie. HACHETTE. Paris 1972. 208 p.

CULLERE(A.): Traité pratique des maladies mentales. 1890. BAILLERE.

DELASIAUVE: Traité de l'épilepsie. MASSON. 1854.

DELAY(J.), PICHOT(P.), LEMPERIERE(T.) et PERSE(J.): Le test de Rorschach et la personnalité épileptique.(PUF).Paris.1955. 1 vol. 218 p.

DELL(M.B.) et LAIRY(G.C.): Epilepsie et névrose, dans E.E.G. clin. neurophys. 1960. 12. N° 2. pp.385-398.

ESQUIROL(E.): De l'épilepsie. Traité des maladies mentales.T.I.1838.

EY(H.), BERNARD(P.) et BRISSET(Ch.): MANUEL DE PSYCHIATRIE. MASSON. pp.325-349.

FAIN(M.): Régression et psychosomatique, dans Rev. franç. de psychanalyse. 1966. 30. pp.451-456.

FALRET(J.): De l'état mental des épileptiques. ASSELIN. 1861.

FERE(C.): Des épilepsies et des épileptiques. ALCAN. 1890.

GASTAUT(H.), MORIN(G.) et LESEVRE(N.): Etude du comportement des épileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises; les troubles de l'activité globale et de la sociabilité, dans Ann.médico-psy. 1955. vol.I.pp.1-27.

GIESE(H.): über klinischer Beziehunger zwischen Epilepsie und Schizophrenie. Z.ges.Neurol.Psych.1914. 26. pp.22-112.

GRIESINGER(W.): Traité des maladies mentales. 1865. DELAHAYE.

GUEY(J.): Problèmes psychologiques des enfants épileptiques vivant dans leur famille. Rev.neuropsych.inf. 7-8. 1970. 18. 613-619.

HERC(M.): Epilepsie et troubles psychiatriques. Thèse Paris. 1969.

HILL(D.): Troubles psychiques intercritiques chez les épileptiques. Rev. Neurol. 1956. 95. N° 6.

KRAEPELIN(E.): Introduction à la psychiatrie clinique. 1907.

LEGRAND du SAULLE: Etude médico-légale sur les épileptiques. 1877.

LEMPERIERE(T.): L'état mental intercritique dans la comitialité. Thèse Paris. 1953.

LUGARESI(E.) et SANDRI(M.B.): Gli aspetti psicopatologici dell'epilepsia. Collana di monografia Bologna Medica. 1959. 11.

MARTY(P.) et FAIN(M.): Psychanalyse et médecine psychosomatique, dans "psychanalyse d'aujourd'hui".(PUF).1956. T.2. pp.499-532.

MICHAUX(L.): Manifestations psychiatriques temporaires survenant chez les épileptiques en dehors de leurs crises. Presse Médicale. 1956. pp.2069-2071.

MISES(R.): Troubles observés chez les enfants épileptiques en dehors de leurs crises. dans Rev.neuropsych.inf. 1970. 7-8. pp.511-516.

MONTAIGNAC(J.de): Les relations entre hystérie et épilepsie. Thèse Paris XII. 1971.

MOREL(B.A.): Traité des maladies mentales. 1860. MASSON.

MURGUIA(L.): Le caractère épileptique dans la pensée médicale. Ann. médico-psych. 128. 1970. T.12. 316.

PAILIAS(J.E.), ALLIEZ(J.) et PACHE(D.): Considérations sur les troubles psychiques intermittents des épileptiques. Rev. neurol. 1956.95.N°6.

RACLOT-HENRION(F.J.): L'inadaptation sociale des épileptiques.Causes, conséquences, remèdes et perspectives d'avenir. Thèse Paris 1957.

SAUGUET(H.) et DELAVELEYRE(R.): Les comportements psychologiques des enfants et adolescents épileptiques. dans "la psychiatrie de l'enfant" (PUF).1958. 12° fasc. pp.261-334.

SAUGUET(H.) et DEALAVELEYRE(R.): Rôle des facteurs psychiques dans les convulsions infantiles et les paroxysmes épileptiques au cours de l'enfance et de l'adolescence. Ann.médico-psych.114. T.2. 1956.

SAUGUET(H.): La mise au travail des jeunes épileptiques. dansRev.de neuropsych.inf.11.12.1958. pp.485-492.

TISNE(B.): A propos de 35 cas de petit-mal épileptique étudiés à la consultation de médecine des Enfants Malades. Thèse Paris 1963.

Vu, le Président de Thèse

M. le Professeur J. BARBIZET

Vu, le Doyen de la Faculté
LARIBOISIERE SAINT - LOUIS
M. le Professeur E. FOURNIER

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET